



BIOPSIE DE REIN TRANSPLANTE

Coller une étiquette N° de dossier : NOM de jeune fille : PRENOM : NOM : Date de Naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Tampon ou code UF du service demandeur : Date et heure du prélèvement : Médecin responsable à contacter :
--	---

Information / Non-opposition du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Cocher « oui » lorsque le patient est informé et ne s'oppose pas à l'utilisation des tissus à des fins de recherche (remplir en parallèle une fiche de non-opposition).</i>
--

Renseignements cliniques : Néphropathie initiale : Date de la transplantation : Statut immunitaire : <input type="checkbox"/> Non immunisé <input type="checkbox"/> Immunisé TGI : <input type="checkbox"/> ABO-incompatible	Donneur : Donneur vivant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Age du donneur : Cause du décès :
<u>Dernières données disponibles :</u> Traitement immunosuppresseur : Présence de DSA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non disponible Créatininémie : Protéinurie :	
<u>Indication :</u> <input type="checkbox"/> Suspicion de rejet aigu <input type="checkbox"/> Biopsie systématique à M3 <input type="checkbox"/> Dysfonction chronique du greffon <input type="checkbox"/> Apparition d'une protéinurie (préciser) : <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	
Analyse en urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	